

112520

DEVIS

Temara le : 19/04/2022

Il s'agit de Mme JENNATE MALIKA qui présente comme diagnostic

(gonarthrose bilatérale + tendinite patte d'oie)

Envoyé pour 20 séances de rééducation fonctionnelle.

Séance à : **120.00 DH**

Total. : **120 x 20 = 2400.00DH**

CENTRE DE KINÉSITHÉRAPIE TEMARA
Med V. IMM Saadaan, 1er Etage 1.
Temara - Tel: 06 36 60 52 09
Fax: 05 73 45 00 06

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le / /20....

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 818 e-mail : Phones: 06 5856 8988

Nom et Prénom de l'adhérent :

Nom et Prénom du bénéficiaire : DEMNAIE MATAKA

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je saussigné : El Bachir

Estime que l'état de santé de Mle, Mme, M. DEMNAIE MATAKA

Nécessite des soins de kinésithérapie

Un acte coté à la nomenclature ()

Une hospitalisation de ()

A (préciser l'établissement hospitalier) Santé mentale + Département Pôle clinique +

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS):

*Santé mentale + Département Pôle clinique +
Cabinet psychologue*

Cachet, date et signature du praticien

A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Pour

Accord

Déclaration de Maladie : N° S19-0002979

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :	00818	Société :	R.A.M.	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :		
Nom & Prénom :		JENNATE Malika	Date de naissance :	12.06.49
Adresse :				
Tél. :	0655568988	Total des frais engagés :	Dhs	

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13/4/2022

Nom et prénom du malade : JENNATE Malika Age:

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Goutteux (Malika (Témoins Pathologique))

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Le : 13/04/2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° S19- 0002979

Pour accord

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).